UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1923 — N° 6

Contribution à l'Étude des Kystes Hydatiques Calcifiés du Foie

(Lithohydatide Hépatique)

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1923

PAR

FRANK JUSTIN RANDAVEL

Né à Tlemcen (Algérie), le 20 mars 1897.

Membres du Jury :

M. VINCENT, Professeur de Clinique Chirurgicale.... *Président.*

MM. CABANES, *chargé de cours de méd. op.*
COSTANTINI, *Agrégé*
LOMBARD, Id.
} *Assesseurs*

ALGER
IMPRIMERIE J. GAUDET ET L. PFEIFFER
18, RUE ROVIGO, 18

1923

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0059

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1923 — N° 6

Contribution à l'Étude des Kystes Hydatiques Calcifiés du Foie

(Lithohydatide Hépatique)

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1923

PAR

FRANK JUSTIN RANDAVEL

Né à Tlemcen (Algérie), le 20 mars 1897.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Membres du Jury :

M. VINCENT, Professeur de Clinique Chirurgicale.... *Président.*

MM. CABANES, *chargé de cours de méd. op.*
COSTANTINI, *Agrégé* } *Assesseurs*
LOMBARD, Id.

ALGER
IMPRIMERIE J. GAUDET ET L. PFEIFFER
18, RUE ROVIGO, 18

1923

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. HÉRAIL (I. ✠).
Doyen honoraire	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
Assesseur	ARDIN-DELTEIL (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✲, ✠, I. ✠).
	LEBLANC (✲, ✠, I. ✠).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✠).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✲, ✠, I. ✠).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD (A. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	ROUVIER (✲, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, I. ✠).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (A. ✠, ✠).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✲, I. ✠, O. ✠).
Histologie	ARGAUD (✲, I. ✠).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✲, ✠, I. ✠).
Médecine légale	N...
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✠).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✲, I. ✠).
Pharmacie	MUSSO (I. ✠).
Physiologie	TOURNADE (✲, ✠, A. ✠).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✠).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. MALOSSE Théod. (I. ✠, ✠).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire ..... M. CABANES (✲, ✠, O. I. ✠).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✲, ✠).
	LOMBARD (✠, A. ✠).
Médecine	AUBRY (✲, ✠).
	N...
Physiologie	GIRAUD (✲, ✠).
Histoire naturelle méd. et parasitologie.	SENEVET (✠).
Pharmacie et matière médicale	N...

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✲, ✠, I. ✠).
Anatomie	FERRARI (✠, A. ✠).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire de mon Oncle, R. Chambille

Mort pour la France

A la Mémoire de mes Compagnons d'Armes du 130e R. I.

Tombés au Champ d'Honneur

A mes Parents

Leur affection nous soutint dans les heures mauvaises.

Pour eux qui ne nous ont donné que l'exemple du travail et de la probité, notre reconnaissance n'égale que notre profond amour.

A ma Fiancée

En témoignage de ma plus grande affection.

A mes Oncles et Tantes

Qui m'ont entouré de leurs soins et de leur dévouement affectueux.

A Monsieur et Madame Fenais

Affectueusement.

A Monsieur le Professeur Vincent

Professeur de Clinique chirurgicale

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Costantini

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur agrégé de Pathologie externe

Qui nous a aidé de ses précieux conseils et nous a comblé des marques de sa grande bienveillance.

A Monsieur le Docteur H. Duboucher

Chef de Travaux d'Histologie à la Faculté
Chef de Clinique Chirurgicale

En témoignage trop faible à notre gré de la reconnaissance que nous lui devons.

Il fut pour nous plus qu'un maître, un ami.

Cette thèse qu'il a inspirée sera pour nous le témoin de sa sollicitude.

A Monsieur le Docteur Cabanes

Chirurgien des Hôpitaux, Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous honora de sa précieuse amitié pendant le cours de nos études.

A Monsieur le Professeur Lombard

Professeur Agrégé de Pathologie externe

En toute gratitude.

A Monsieur le Docteur Viallet

Dont les excellentes radiographies augmentent puissamment l'intérêt de notre sujet.

A Monsieur le Docteur Paul Bonnet

Oculiste à Constantine

A mes Maîtres de la Faculté

Messieurs les Professeurs Soulié, Argaud et Leblanc

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Messieurs les Professeurs Rouvier, Cange, Aubry

A mes Camarades d'étude

les Docteurs Lagrot, Parrès, Ziméro, Kest, Nabet, Loufrani, Cauvière, Jahier, Mirante

A mes Amis Paulignan,

Guglielmi (*Pharmacien de 1re classe*)

Je dédie cette thèse.

Contribution à l'Étude

des

Kystes Hydatiques calcifiés du foie

(Lithohydatique hépatique)

——::——

HISTORIQUE

Parmi les divers processus évolutifs des Kystes Hydatiques du foie, il en est un qui, jusqu'à nos jours, n'a attiré l'attention des médecins que comme un phénomène, curieux, sans doute, mais peu intéressant dans la pratique; pour eux, la calcification des Kystes Hydatiques du foie, constitue un mode de guérison spontanée; c'est la « nécrose aseptique » de Chauffard et Widal, suivie de calcification, après laquelle le Kyste reste « comme oublié dans le parenchyme hépatique » sans provoquer jamais la moindre réaction.

Dès lors, l'acte opératoire n'étant plus nécessaire, la clinique perd ses droits, et c'est aux anatomo-pathologistes que revient le soin de percer le mystère de cette transformation calcaire survenant, selon toute apparence, après la mort de l'echinocoque. Ce n'est qu'en 1920 que Chauffard, en collaboration avec Ronneaux, Brodin et Lejars, reprit la question. Il montra, par une observation détaillée, que dans certains cas, cette évolution spéciale du Kyste ne s'arrêtait pas là et qu'il pouvait survenir dans la suite, de graves désordres locaux nécessitant une intervention.

Ce serait là le premier cas de ce genre, signalé dans la littérature française et Chauffard, pour conclure, rend hommage à la radiographie, qui, seule, a permis le diagnostic précis de cette lésion dont l'importance avait passé presque inaperçue jusqu'alors.

Depuis, M. Duboucher, puis MM. Cochez et Lagrot d'Alger, ont relaté des cas analogues. Nous avons

ainsi pu grouper quelques observations et il nous a paru intéressant d'édifier un travail d'ensemble sur cette question qui entre maintenant dans le domaine de la chirurgie.

L'histoire des Kystes Hydatiques calcifiés peut se diviser en deux périodes :

La première, vieille de plus d'un siècle (1800 à 1920) mérite le nom de « période anatomo-pathologique ».

A ce moment, en effet, il n'existe pas de faits cliniques et la calcification de l'echinocoque n'est signalée que comme une trouvaille d'autopsie.

Nous appellerons la seconde période « période radiographique et chirurgicale » car c'est par la radiographie et grâce à elle que le Kyste Hydatique calcifié du foie s'est classé désormais comme affection décelable et justiciable du traitement chirurgical moderne.

1° Période Anatomo-Pathologique. — Il paraît probable, d'après les recherches bibliographiques que nous nous sommes efforcés de faire, que la découverte des Kystes calcifiés remonte à une période fort lointaine.

Déjà Laënnec, en 1804, avait reconnu cette transformation des Kystes Hydatiques et avait vu de plus qu'elle peut amener une terminaison favorable de la maladie.

Après Laënnec : Jenner, Dupuy (1817), John Baron, le Dr Kuhn (1832) s'occupent de la question.

En octobre 1835, le « Journal Médico-Chirurgical d'Edimbourg » rapporte le cas d'une femme morte à l'âge de 73 ans, dans le foie de laquelle, on trouva deux Kystes complètement « osseux ».

Plus tard, Leudet (1855) trouve, sur 200 cadavres, 6 fois des Kystes Hydatiques du foie dont quatre ayaient subi une atrophie spontanée avec calcification.

Enfin Cruveilhier (1856) dans son traité d' « Anatomie pathologique générale » et Davaine (1877) dans le « Traité des Entozoaires » font une importante étude sur les Kystes Hydatiques ayant subi complètement la transformation calcaire.

Dans la suite, la question n'excite plus le même intérêt, et, si l'étude de l'echinococcose est à l'ordre du jour, la calcification de l'hydatide tombe peu à peu dans l'oubli :

Chauffard et Widal signalent la transformation calcaire subie par les parois du Kyste après la mort de l'echinocoque et lui donnent le nom de « nécrose aseptique ».

Raffi dans sa thèse (1891) cite l'observation d'une femme de 25 ans, entrée dans le service de Trousseau, et à l'autopsie de laquelle on trouva « un Kyste Hydatique du foie » dont les parois étaient revêtues dans la plus grande partie de leur étendue d'une couche assez épaisse de substance calcaire.

Dès lors l'étude de la calcification des Kystes Hydatiques, est complètement délaissée : Follin et Duplay dans leur « Traité de Pathologie Externe » d'autres auteurs parmi lesquels Forgue, Collet, n'en parlent que pour mémoire et comme exception.

On trouve cependant encore dans la littérature étrangère quelques cas d'observation post-mortem faites par hasard et qui sont l'objet de communications : ainsi celle de Risel faite à la séance du 7 mai 1922 de la Société médicale de Zwickau; il s'agit d'une femme de 76 ans, morte d'une pneumonie croupeuse et chez laquelle on trouve une atrophie considérable du lobe droit du foie par deux poches d'echinocoques calcifiées avec hypertrophie compensatrice du lobe gauche.

Ce n'est que récemment que F. Devé dans le « Nouveau Traité de Médecine » publié sous la direction de

Roger, Widal et Teissier, écrit : « On ne doit pas « perdre de vue qu'une semblable lésion, en appa- « rence guérie, peut devenir le point de départ d'une suppuration plus ou moins putride ». Il entrevoyait ainsi le processus par lequel le Kyste Hydatique calcifié allait se signaler à l'attention des Médecins et entrer dans sa période actuelle :

2° **La Période Radiographique.** — C'est la période chirurgicale de l'affection où l'on voit enfin, comme le dit Chauffard « que le diagnostic de la lésion peut être fait, qu'il peut donner l'explication d'accidents infectieux locaux, et qu'elle est justiciable de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Kyste Hydatique calcifié du foie

(Chauffard — Lejars — Ronneaux — Brodin)

Académie de Médecine — 26 *Octobre* 1920

L. (Jean) 51 ans, charretier, entre à la clinique de St-Antoine le 30 avril 1920, parce que, depuis plusieurs semaines, il ressent des douleurs dans la région hépatique.

Très vigoureux d'aspect, il dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une atteinte passagère de dysenterie alors qu'il était jeune soldat en Indo-Chine.

En janvier 1920, il a été soigné pendant quelques jours pour grippe, et c'est au cours de cette infection, que pour la première fois il a souffert dans la région hépatique.

En février il a voulu recommencer à travailler pendant une quinzaine de jours ; mais les douleurs augmentant il a dû cesser tout travail.

Il dit avoir maigri de 15 kilogs depuis janvier; il se sent très faible, s'essoufle au moindre effort, n'a pas d'appétit. Les douleurs dont il se plaint sont sourdes, vagues, occupant le côté droit, sans localisation nette.

A l'examen, le foie est très augmenté de volume, son bord inférieur descend à 3 travers de doigt au-dessous du rebord costal; son bord supérieur est surélevé en avant. En arrière à droite, il existe de la submatité avec légère diminution de la respiration, paraissant liée à la surélévation du dôme diaphragmatique. La pression est douloureuse, sous le rebord costal, en dehors du point vésiculaire. Le malade accuse une douleur nette sur le trajet du phrénique, entre les deux chefs du muscle sterno-mastoïdien. A l'auscultation, on perçoit de temps à autre quelques légers frottements, signes de périhépatite, au-dessous du rebord costal. Il n'existe pas d'œdème de la paroi, pas de circulation collatérale. L'augmentation de volume du foie porte presque exclusivement sur le lobe droit; la rate n'est pas augmentée de volume. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal : le cœur bat régulièrement aux environs de 75 pulsations à la minute, la pression artérielle est de 16-7 au Pachon. Il n'existe ni sucre ni albumine dans les urines, les réflexes sont normaux. Il existe un léger mouvement fébrile, la température oscille autour de 38°. L'examen radioscopique, pratiqué par M. Ronneaux, confirme les données cliniques en les précisant : le diaphragme droit est surélevé de 3 c/m 1/2; la forme de la courbure est conservée mais le jeu diaphragmatique est très limité. Le foie mesure 17 c/m de hauteur sur la ligne mamelonnaire. L'estomac, de forme normale, se vide bien dans le grêle; il est un peu attiré à droite; la région pylorique n'est pas très mobile, et quand on essaie, par la palpation, de la mobiliser, on réveille une douleur à ce niveau. Il n'existe d'ailleurs pas de déformation de l'image pylorique.

Un examen de sang pratiqué donne : 14.800 globules blancs, comprenant :

Polynucléaires neutrophiles	66
Polynucléaires éosinophiles	2
Mononucléaires grands et moyens..	5
Lymphocytes	7

Dans les jours qui suivent, la température du malade redevient normale; puis apparaît une nouvelle petite poussée fébrile accompagnée d'une recrudescence de douleurs.

On pense à la possibilité d'un abcès hépatique; mais, en l'absence de toute localisation nette, on n'ose pas intervenir.

Le malade demande à sortir pendant quelques jours. Il revient au bout de 8 jours au début de juin, parce qu'il souffre d'avantage et se trouve dans l'impossibilité de travailler.

Depuis son entrée à l'hôpital le 30 avril, il a encore maigri de 7 kilogs. La température est de nouveau élevée au-dessus de 38°. Un deuxième examen de sang, pratiqué le 10 juin, donne :

4.100.000 globules rouges.
17.000 globules blancs comprenant :

Polynucléaires neutrophiles	79
Polynucléaires éosinophiles	1,5
Mononucléaires	19,5

Un nouvel examen radioscopique montre que le foie a encore augmenté de volume et mesure 18 c/m sur la ligne mamelonnaire. Il montre, en outre, dans la moitié droite du foie, à peu près à mi-hauteur, une image arrondie dont le pourtour est plus opaque et d'un diamètre de 3 c/m $\frac{1}{2}$ environ. L'existence de cette masse est confirmée et rendue plus nette encore par une radiographie. On porte alors le diagnostic de Kyste Hydatique calcifié. Le corps opaque est très exactement repéré par les procédés employés pour la

localisation des projectiles, localisé à 8 c/m dans un axe et 9 c/m dans un autre, et, en raison des phénomènes infectieux associés selon toute vraisemblance à une réaction inflammatoire périkystique, une intervention chirurgicale est décidée.

Elle est pratiquée le 26 juin par le professeur Lejard : après anesthésie à l'éther, la paroi est incisée sur la ligne axillaire au niveau des points de repère marqués par le radiologue, et, après résection costale, le foie est abordé par la voie transdiaphragmatique.

La surface hépatique présente à ce niveau une dépression marquée au fond de laquelle apparaît une petite saillie jaunâtre, extrêmement dure. Tout autour, et sur une assez grande étendue, le foie est induré. Séparée à la curette des tissus voisins, la masse jaunâtre centrale est énucléée. C'est un ovoïde de la dimension d'un petit œuf, à paroi calcaire très dure, renfermant une masse grisâtre comparable à du mastic, présentant en un mot, tous les caractères des Kystes Hydatiques calciliés.

Les suites de l'opération sont des plus bénignes, et, immédiatement on note la disparition de la fièvre et des douleurs spontanées ou provoquées par la pression.

Mais le foie reste gros et déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

Un nouvel examen de sang, pratiqué le 20 juillet, donne les résultats suivants :

Globules rouges	3.340.000
Globules blancs	20.000
Polynucléaire neutrophiles	48
Grands mononucléaires	11
Moyens mononucléaires	16
Lymphocytes	13
Eosinophiles	2

Le malade est en pleine convalescence,

OBSERVATION II

Kyste Hydatique double du foie : l'un des Kystes est vivant, l'autre est calcifié

(Duboucher)

S. (Jean), infirmier, 52 ans. Entre à l'hôpital de Mustapha le 5 juillet 1920 pour Kyste Hydatique du foie.

Il porte alors tous les signes classiques d'un volumineux kyste hydatique antéro-inférieur : hypertrophie localisée du foie, rénittence profonde, flot transabdomino-thoracique, ballottement sous-hépatique. Les signes généraux sont nuls. Le Weinberg est positif.

La radiographie du foie montre une déformation arrondie du bord inférieur de l'organe dans sa partie para-vésiculaire. Elle montre, en outre, dans la région du dôme et près de la surface de l'organe, une tâche sombre à contour bien tranché, à centre un peu plus clair; cette tâche mesure environ 5 c/m de diamètre dans tous les sens. A la radioscopie en position oblique, elle se trouve située plus près de la face antérieure que de la postérieure.

Intervention. — (Duboucher 27 juillet). Anesthésie au chloroforme. Incision parallèle au rebord costal; résection de ce rebord cartilagineux. Ponction évacuatrice du Kyste dont la profondeur est de 4 c/m environ. Formolage.

Ponction au bistouri le long du trocard. Une pince

de Kocher étant insinuée dans le trajet fait par le bistouri, on écarte ses mors dans le but de se créer une voie d'accès sur le kyste sans provoquer une hémorragie trop violente. Ce but n'est pas atteint, car, soudainement la plaie est envahie par un flot de sang. Un tamponnement de quelques minutes, ne modifie pas

Kyste Hydatique Calcifié du Foie
Opéré par le Dr Dubouchet
(Cliché de M. Viallet)

la situation. Les deux index sont alors introduits dans la plaie hépatique qui est délibérément agrandie par l'écartement des doigts.

Assez difficilement on arrive à se rendre compte que l'hémorragie abondante se produit en un point unique.

Un gros catgut est passé en U par transfixion de la tranche hépatique de façon à enserrer le vaisseau déchiré. Il est modérément serré; l'hémorragie diminue considérablement. D'autres points de la tranche hépatique saignent encore de façon appréciable : quelques fils en U, passés comme le précédent, complètent l'hémostase.

L'opération peut alors être poursuivie. La membrane mère est extraite. De nombreuses vésicules filles s'échappent et tombent au fond d'une cavité profonde que l'on assèche avec de la gaze et que l'on vide du mieux que l'on peut avec la grande curette de Vallich. Le foie est suturé et les fils sont laissés longs pour la suspension à la paroi.

La main est alors glissée entre le dôme hépatique et le diaphragme. Elle arrive très facilement sur le kyste calcifié nettement perceptible à la palpation. Une traction douce et soutenue exercée par la main insinuée sous le diaphragme, abaisse progressivement le foie qui bascule en avant et en bas. Le kyste calcifié est ainsi extériorisé et va être facilement abordé quand une syncope se produit, nécessitant la respiration artificielle pendant un temps prolongé.

L'ablation du kyste calcifié est alors abandonnée et remise à plus tard. On ferme rapidement la paroi.

Les suites opératoires : furent d'abord normales. La température resta au voisinage de 37° durant 4 jours. Puis elle s'éleva à 38°5 et à 39° pendant que la région opératoire devenait douloureuse.

Finalement la plaie s'ouvrit le 9 août alors que le thermomètre marquait 39° le soir. Un liquide séro-purulent s'échappa, entraînant quelques vésicules filles.

La température tomba immédiatement. Mais elle remontait bientôt oscillant entre 37° et 38°. L'orifice se rétrecissant, on dut placer un drain; à chaque pan-

sement le thermomètre faisait une ascension brusque et le pus contenait du streptocoque.

Sous l'action de lavages continus à la solution de sulfate de cuivre à 2 % la température tomba progressivement et lentement : le 10 janvier 1921, le malade était en pleine convalescence.

Après un mois de convalescence, le malade reprit son service d'infirmier et le fit pendant un mois. Puis il dût être hospitalisé avec des signes thoraciques droits et de la fièvre. Point de côté droit, irradiant dans l'épaule du même côté. Après deux mois, il se produit une vomique; le malade est dirigé sur Mustapha le 10 mars 1921.

A son entrée à Dupuytren, la température est à 39°5; l'état général est très mauvais : facies d'infecté profond, amaigrissement intense, état saburral des voies digestives, diarrhée. La respiration est rapide et douloureuse à droite; le pouls est rapide. L'anorexie est complète.

Le malade expectore en abondance : les crachats sont purulents et verdâtres, bilieux. La réaction de Gmelin montre la présence de pigments biliaires dans les crachats.

L'auscultation thoracique fait percevoir des frottements aux deux bases, de l'œgophonie et de la pectoriloquie aphone. La respiration est très diminuée à la base droite, les vibrations sont augmentées et la matité, presque absolue, s'élève sur la hauteur du 1/3 du poumon.

Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch. La radioscopie montre, outre le kyste hydatique calcifié signalé plus haut, une ombre grise englobant le diaphragme et toute la base du poumon; une traînée plus sombre se détache de la masse opaque pour se diriger en haut vers le hile bronchique. Il ne paraît pas y avoir de liquide dans la plèvre. Le sommet du

poumon droit et le poumon gauche s'éclairent normalement.

Il y a des ganglions intertrachéobronchiques.

La radiographie du foie montre un kyste calcifié du dôme. Ce kyste a un centre plus clair. Palpé au cours de la première intervention, sa position exacte (partie antérieure moyenne du dôme du foie) a été bien repérée par la main glissée entre le foie et le diaphragme. Le malade présente une éventration au niveau de l'incision opératoire antérieure.

Le 22 mars la température monte à 40°,4 (axillaire) le malade a une sorte de vomique : expulsion abondante de pus, coloré par la bile. Pendant les jours qui suivent, la température tombe progressivement. Le 26 elle est à 38° le soir. Pas de bacilles de Koch à une deuxième recherche : Thiocol 2 gr. Inhalation menthol-eucalyptol — huile camphrée 10 cc. La température oscille entre 37° le matin et 38°,5 — 39°,5 le soir jusqu'au 12 avril et les crachats toujours verdâtres, donnent encore la réaction de Gmelin. L'état général reste mauvais malgré le traitement et les antiseptiques pulmonaires. On se décide à intervenir puisque le drainage par les bronches est insuffisant.

Intervention (Dr Duboucher — 12 avril). — Incision parallèle au rebord costal droit à 2 c/m au-dessus de lui. Résection de ce qu'il en reste (il a déjà été partiellement réséqué lors de la première intervention) en ménageant soigneusement le péritoine au-dessous : cette séreuse mince laisse voir le bord inférieur du foie qui suit les mouvements de la respiration; on la protège par un lit de compresses. Puis, saillant dans les adhérences qui unissent le foie au diaphragme, on chemine, difficilement car les adhérences sont très fibreuses, entre les deux organes pour arriver finalement à bout de doigt sur le trajet fistulaire qu'on effondre. On pénètre alors au centre même du kyste

formé d'une cavité dont les parois sont tapissées par une couche calcaire très résistante; la cavité contient une certaine quantité de pus; il est impossible en raison des adhérences de songer à abaisser le foie (comme on l'avait fait dans la première intervention) pour exposer le dôme de l'organe et c'est à bout de doigt que l'on doit, en s'aidant d'une curette utérine tranchante, isoler le kyste calcifié pour l'extraire. Au cours de cette opération la coque se brise en 3 ou 4 fragments. La curette, raclant leur face externe, récline le parenchyme hépatique qui se sépare aisément. Lorsque l'extraction est totale on assèche la cavité; l'hémorragie a été minime. On place 2 gros drains en pleine cavité laissée par l'ablation du kyste et suture partiellement la paroi aux crins.

Suites opératoires. — Le lendemain le pouls est à 120, la température à 37°,8 le soir. Dans la suite le pouls tombe rapidement à la normale ainsi que la température. L'état général se relève rapidement. L'engraissement progresse. La suppuration, par la plaie opératoire, diminue lentement. L'expectoration diminue, puis cesse (inhalations, thiocol, etc.).

Examen histologique. — L'examen microscopique de coupes pratiquées sur un fragment de la paroi du kyste après décalcification a permis de constater les détails suivants :

Le tissu hépatique voisin, souvent resté adhérent à la coque kystique, montre une réaction fibreuse intense mais qui ne diffère en rien, de la réaction périkystique habituelle. A peine trouve-t-on quelques amas inflammatoires, dûs, vraisemblablement à la suppuration kystique.

La coque calcifiée montre, dans sa partie externe, des traces nettes de la stratification cuticulaire et il est évident que le dépôt de sels minéraux s'est fait seule-

ment dans l'hydatide, respectant totalement le parenchyme hépatique.

A une certaine distance de la surface, les stries concentriques disparaissent et l'aspect est uniforme. On voit cependant ça et là quelques débris organiques absolument méconnaissables. Au sortir du liquide décalcifiant (alcool azotique) le fragment devenu élastique bien que résistant, était formé par une substance brunâtre d'aspect homogène.

——:: ——

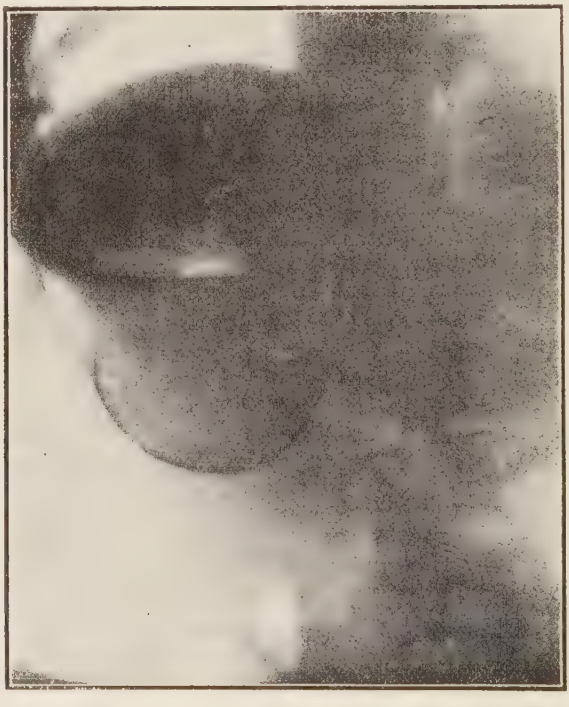
OBSERVATION III

Pyopneumokyste Hydatique calcifié

(Duboucher)

Société de Médecine d'Alger 1920 — *Résumé*

Malade de 35 ans portant une volumineuse tumeur hépatique de situation postéro-inférieure. La radiographie montre une poche à paroi calcifiée (opacité



Pyopneumokyste Hydatique Calcifié
(Dr Duboucher)
(Cliché de M. Viallet)

linéaire) et à contenu hydro-aérique, le gaz et le liquide étant toujours superposés, quelle que fut la posi-

tion de la malade, et séparés par une ligne horizontale. Il existait de la fièvre, qui, d'abord élevée et au voisinage de 39° tomba ensuite lentement au-dessous de 38° et même disparut. La malade, cardiaque en asystolie, ne put être opérée pendant la période des grandes oscillations thermiques. Améliorée à la fois au point de vue cardiaque et au point de vue infectieux elle refusa plus tard l'intervention. Le Weinberg était négatif.

OBSERVATION IV

Kyste Hydatique calcifié du foie

(L. Cochez et F. Lagrot)

Société d'Anatomie de Paris — Mai-Juin 1922

La malade, une mauresque de 50 ans, ancienne paludéenne, a commencé il y a un an à sentir dans l'hypocondre droit, des douleurs d'abord intermittentes, puis continues, irradiées vers le sein droit, et accompagnées, lorsqu'elles sont violentes, de vomissements glaireux. Depuis un an environ, la malade éprouve du dégoût pour les aliments gras. Pas d'urticaire, jamais d'ictère.

Depuis 5 mois, une petite tumeur se montre sous le rebord costal droit, et augmente progressivement de volume. La malade a aussi des accès de fièvre qu'elle attribue au paludisme. Pas de phénomènes pulmonaires sinon une toux ancienne.

Actuellement l'état général est bon.

La langue est un peu chargée. La rate est grosse et déborde largement le rebord costal. Le foie est gros; son bord inférieur descend à 4 doigts du rebord costal et croise à gauche l'extrémité antérieure de la 9^{e} côte. A droite, à 4 doigts en dehors du point vésiculaire, sur la face externe du foie, on sent une tumeur, régulièrement arrondie, rénittente, de la grosseur d'une demi-orange, immobile sur le foie, entraînée par lui sous le plastron costal pendant l'inspiration. Le reste de la surface hépatique antérieure et externe semble lisse; le bord inférieur est régulier; sauf la partie que surplombe la tumeur. A la percussion, la

limite supérieure du foie semble normale, et la tumeur est mate : elle ne présente pas le phénomène du frémissement hydatique. Pas de flot transthoracique.

Tous les autres appareils semblent normaux; rien au poumon; rien au cœur; dans les urines ni sucre ni albumine. Réflexes normaux. Du sang prélevé pour la réaction de Weinberg montre celle-ci fortement positive. L'équilibre leucoytaire est le suivant :

54	Polynucléaires neutrophiles.
6	Polynucléaires éosinophiles.
24,5	Lymphocytes.
8	Moyens Mononucléaires.
5,5	Grands Mononucléaires.
2	Lympho-leucocytes.

On pose le diagnostic de Kyste Hydatique du foie.

Le 4 janvier un examen radioscopique est fait, la malade ayant été purgée au préalable, le côlon insufflé; il laisse voir le Kyste de la grosseur d'une orange sur la face externe et antérieure du foie, et une ombre, sur la ligne médiane, qu'on ne peut interpréter. Une radiographie est faite et montre, outre le kyste palpable, une ombre épaisse, ovale, irrégulière, de la taille d'un œuf, régulièrement opaque au centre et à la périphérie. On pose, d'après cette image, le diagnostic de Kyste Hydatique calcifié avec coïncidence d'un autre kyste en évolution.

La malade est opérée le 5 janvier. Incision de Kehr. On voit de suite, à droite, saillante sur le foie, la membrane blanche du kyste palpé. On recherche sur le kyste même le frémissement hydatique; l'expérience est négative. On ponctionne : liquide eau de roche contenant du sable hydatique sans vésicules filles. Formolage à 1 pour 100. Extirpation de la poche hydatique. Réduction sans drainage. Pas de vésicules exogènes. On explore ensuite le lobe gauche du foie, près de la ligne médiane, et, sur la face antérieure, faisant

une légère saillie, apparaît la concrétion calcaire diagnostiquée, blanche, rugueuse, enfouie aux 3/4 dans le foie. On la « décapsule » c'est-à-dire qu'à l'aide d'une spatule, on sculpte dans le foie la capsule qu'à formé le tissu hépatique condensé autour du Kyste. Un doigt glissé sous le lobe gauche énuclée la tumeur au fur et à mesure de sa décapsulation, et celle-ci peut ainsi être extirpée sans l'aide d'une curette. Le tissu hépatique saigne très peu. On place quelques points dans les parois de la cavité faite et on les rapproche sans draîner. Suture de la paroi en 3 plans sans draînage. **Suites** : le pouls reste bon pendant l'opération, devient une heure après incomptable. hypotendu. La température monte le soir à 38°7, mais les phénomènes s'amendent le lendemain; la température est, le surlendemain aux alentours de 37°5; pansement le 12 janvier; réunion de la plaie par première intention — suites excellentes: plus de tumeur, plus de douleurs, foie toujours gros.

Un deuxième examen de sang est fait le 27 et montre : Weinberg positif — Wasserman et Hecht fortement positifs. Formule leucocytaire :

63 Polynucléaires neutrophiles.
0 Eosinophile.
29 Lymphocytes.
5 Moyens Mononucléaires.
2 Grands Mononucléaires.
1 Lympho-leucocyte.

La malade sort guérie au début de février.

Nous avons examiné le kyste calcifié et nous l'avons trouvé formé d'une membrane fibreuse fortement adhérente à la masse calcaire et difficilement clivable. Ce bloc lui-même n'était pas homogène, mais composé de masses pâteuses stéo-calcaires, de consistance ferme et de volume variable, séparées par des amas gélatiniformes, entourées parfois par des membranes

de même apparence; chose qui peut laisser croire que ce kyste contenait des vésicules-filles, et que la calcification s'était produite en même temps dans le kyste et à l'intérieur des vésicules-filles.

Au point de vue microscopique, nous avons trouvé dans cette matière gélatineuse de très abondants cristaux de cholestérine, et des scolex morphologiquement en parfait état de conservation. Ces derniers étaient-ils encore vivants ? Le simple examen microscopique ne peut nous permettre de résoudre cette question; seule l'inoculation au chien aurait pu nous renseigner, et celle-ci ne pu être faite. Il est fort probable qu'ils étaient morts; cependant s'ils étaient vivants, il faudrait interpréter leur présence, comme le témoin de la survie de quelques vésicules-filles au sein d'un kyste en involution non encore terminée.

OBSERVATION V

Kyste Hydatique calcifié situé à la face inférieure du foie

(Cabannes — Fenouillet)

P. (27 ans).

Examen du malade. — Bien constitué et ne présentant pas d'altération de l'état général. L'examen de l'abdomen dénote une tumeur à plusieurs lobes qui

Kyste Hydatique Calcifié situé a la face inférieure du Foie (MM. Cabannes et Fenouillet)

(Cliché de M. Viallet)

semble séparée de la face inférieure du foie par une légère encoche.

Cette tumeur n'est pas douloureuse. Elle est rénitente, dure, légèrement mobile. Elle se trouve située en dehors de la région vésiculaire. Elle a le volume du poing.

Les autres organes paraissent sains, aucun trouble fonctionnel.

Radioscopie. — Après insufflation du côlon et de l'estomac, on voit une tumeur piriforme qui descend vers l'ombilic. A la partie toute externe de cette tumeur, sur la ligne axillo-spino-illiaque antérieure, on voit deux tâches opaques suivant les mouvements du diaphragme pendant la respiration. Une radiographie est prise.

Intervention chirurgicale. — Anesthésie à l'éther.

Découverte de la face inférieure du foie par deux incisions en angle : l'une verticale, l'autre parallèle au rebord des fausses côtes. On sent tout de suite la tumeur tendue et présentant des points durs, pierreux. On la découvre et l'on voit, implanté par une large base dans le lobe droit du foie, un kyste hydatique de la forme d'un énorme topinambour. Le côlon est adhérent par des brides.

La tumeur est dégagée et extirpée après résection d'une bande de tissu hépatique sur laquelle elle est fortement fixée. On peut pincer 2 ou 3 artères du tissu hépatique. Suture au catgut de la glande. On tampone fortement.

Examen de la pièce. — Enveloppe externe épaissie, tendue; on sent des pointes dures fixées dans la paroi. Elles ressemblent à des dents, à l'intérieur nombreuses vésicules filles; peu de liquide. Au niveau des points durs, plaques calcaires de la largeur d'une pièce de 10 sous, recouvertes d'une muqueuse légèrement verdâtre.

OBSERVATION VI

Observation de Dialli — La Riforma Medica

T. XXX N° 21 — 23 Mai 1914 — Résumé

Une jeune fille de 17 ans a vu se développer il y a 2 ans, une tuméfaction de l'hypocondre droit, et, depuis 5 à 6 mois, une tumeur, grosse comme un œuf, sous le bord des fausses côtes droites avec un foie débordant de 3 travers de doigt.

Grosse rate. Pas de fièvre. Léger ictère.

A l'opération, on trouve un premier kyste entre les deux lobes droit et gauche, et, en rapport avec le ligament falciforme, un deuxième kyste à la face inférieure du foie au niveau du hile. Les parois des kystes sont calcifiées et ont contracté des adhérences avec l'épiploon et le mésocôlon transverse.

Guérison complète en un mois.

OBSERVATION VII

Kyste Hydatique du foie en voie de dégénérescence calcaire

(Docteur Brun, chirurgien en chef de l'Hôpital Sadiki Tunis)

Observation clinique. — Il y a 4 ans aurait eu un vomissement de sang? Depuis trois mois se plaint de douleurs épigastriques sans horaire fixée, survenant une ou deux fois par semaine. Ces douleurs provoquent quelques fois des vomissements qui soulagent le malade. Hospitalisé depuis quinze jours au service de médecine et passé en chirurgie avec le diagnostic de cholécystite. A l'examen : tumeur très dure au niveau du rebord costal droit un peu en dedans de la ligne mamillaire. Cette tumeur est de la grosseur d'un bon poing, légèrement douloureuse à la palpation. Elle se meut avec la respiration et paraît en contact intime avec le foie, lequel est un peu congestionné et douloureux au niveau de tout son rebord.

Sondage duodénal. — On ramène un liquide jaune d'or, alcalin. L'examen microscopique révèle à côté de cholestérisme en masse beaucoup de leucocytes.

L'examen radiographique (Dr de Beaujeu), ne donne aucun renseignement.

Le lendemain (5 janvier 1923) la tumeur change de consistance. Elle est plus molle et n'est nullement douloureuse. A son entrée dans le service de chirurgie

on constate une contracture du grand droit à droite. Il semble que sous cette contracture on ait une petite masse correspondant à la situation de la vésicule biliaire mais la palpation à ce niveau n'est nullement douloureuse. Par contre, on trouve un point douloureux net sur la ligne médiane à 2 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Clapotage 4 heures après le repas. N'a jamais présenté d'ictère.

Urines claires et pâles

Examen des urines
- Sucre : néant.
- Albumine : néant.
- Pigments : présence.
- Sels : néant.

Opération. — Le 6 janvier 1923, opéré par M. Brun. Durée 18'. Anesthésie à l'éther.

Incisison en L. — Il existe dans la région du lobe droit du foie un kyste hydatique du volume du poing comprimant la vésicule biliaire grosse comme un poing et la région pylorique. La ponction ramène un liquide épais ressemblant à du mastic. Après formolage on ouvre la poche et on retire une membrane hydatique. On enlève de la boue hydatique avec une curette et on referme le kyste sans drainer. Paroi en 3 plans.

Injection de serum adrénaliné 500 grs.; injection d'huile camphrée 20 cc.

Suites opératoires. — 18 janvier 1923. Ablation des crins. Réunion parfaite. Réaction de Weinberg faite à l'Institut Pasteur le 10 janvier 1923. Le sérum renferme des anticorps hydatiques.

25 janvier 1923. Le malade sort guéri.

OBSERVATION VIII

Kyste Hydatique du foie en voie de dégénérescence calcaire

(Docteur Brun — Résumé)

Amara ben Salah, 36 ans.

Petit kyste hydatique du lobe gauche du foie en voie de dégénérescence calcaire. Evacuation à la curette. Formolage, fermeture sans drainage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) **Macroscopique.** — Le *siège* des Kystes Hydatiques calcifiés du foie ne paraît pas être différent de celui des kystes vivants; nous en trouvons en effet dans les observations qui occupent toutes les situations classiques des kystes hydatiques du fois.

La variété du kyste mérite une courte mention. C'est, en effet, toujours dans la forme banale que la calcification a été observée. Il n'est jamais fait mention, dans les observations, de kystes multiloculaires du type bavaro-tyrolien.

Le kyste hydatique calcifié du foie présente à considérer une paroi et un contenu.

La paroi montre une grande variabilité selon le degré de la calcification.

Elle est d'abord simplement parsemée de concrétions calcaires. Puis on trouve des noyaux disséminés, des plaques. Enfin la couche minérale devient continue : le contenu kystique est alors emmuré de toutes parts.

Le mur augmente d'épaisseur, mais pas indéfiniment, car il ne semble pas que la calcification soit souvent totale. Cela peut cependant se produire, car, comme l'a observé Lagrot dans un petit kyste du péritoine, la précipitation minérale peut commencer par le contenu du kyste et non plus par sa paroi.

Le contenu : celui-ci est plus ou moins fluide. Il l'est parfois assez pour venir toujours, ainsi que Dubouchet l'a remarqué, se placer au point déclive de la poche. En général, il est crèmeux ou pâteux et pré-

sente une couleur grisâtre. Son odeur est parfois fétide.

Le kyste hydatique du foie calcifié peut être pyogazeux ainsi qu'on le voit dans l'une des observations de Dubouchet.

Ce contenu kystique, lorsqu'il est lui aussi envahi par les matières minérales, renferme du phosphate et du carbonate de chaux, une matière semblable à l'albumine, de la cholestérine et des matières grasses.

Berthelot, cité par Davaine, a analysé ces dernières. Voici ce qu'il trouve :

100 parties de la substance contenue dans le kyste ont fourni :

Matière grasse totale	1,7
Cette matière renfermait :	
Substances saponifiables	0,4
Cholestérine	0,9
Substance fétide particulière, non saponifiable, de nature cireuse, soluble dans l'éther presque insoluble dans l'alcool	0,4
Principe colorant jaune qui a disparu pendant la saponification.	
Total	1,7

« D'après cette analyse, les matières grasses contenues dans le kyste, se rapprochent beaucoup de celles que renferment le pus, tant par leur nature que par leur proportion. »

Lagrot nous faisait part dernièrement d'un fait qui l'a frappé : en examinant le contenu de nombreux kystes du péritoine, il a observé la présence d'une quantité considérable de cristaux de cholestérine.

C'est là un fait connu des anciens auteurs. Davaine pense que la présence de la cholestérine dans les kystes athéromateux est probablement générale. Il en a trouvé dans trois de ces kystes et l'a vu signalée dans

plusieurs autres cas. Un fait intéressant dans l'histoire de ce contenu c'est que son aspect concret l'a fait prendre pour un tubercule.

B) **Microscopique.** — L'examen microscopique du contenu kystique a été pratiqué bien souvent. Il a permis de constater la présence de débris organiques, nécrosés, méconnaissables, des éléments habituels du pus, de cristaux nombreux de cholestérine, et, enfin, fait capital pour le diagnostic, de crochets et de scolex encore reconnaissables ou même d'aspect normal.

Des coupes ont été pratiquées, par Duboucher, dans la paroi après décalcification. Au sortir de l'alcool acide, le fragment traité s'est montré comme constitué par une substance élastique et ferme d'apparence gélatineuse et légèrement teintée de jaune brun. Au microscope on reconnaît fort bien les strates de la couche cuticulaire de l'hydatide et il apparaît que la calcification ne dépasse pas cette couche vers l'extérieur. Vers le centre, la stratification disparaît dès qu'on sort de la cuticule et on peut voir des débris organiques méconnaissables enfermés au milieu d'une substance amorphe.

Le tissu hépatique qui entoure le kyste présente les mêmes modifications que celles que l'on rencontre autour des kystes vivants. On y trouvait simplement dans le cas de Duboucher des lésions inflammatoires discrètes; le kyste était suppuré.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les kystes hydatiques du foie calcifiés ont été rencontrés dans les deux sexes également chez l'homme et chez la femme d'après notre statistique. C'est dire que *le sexe* ne semble pas jouer un rôle important.

L'âge des malades était variable. On trouve comme extrêmes 17 ans et 76 ans avec comme maximum vers l'âge de 50 ans. La fréquence dans la deuxième partie de la vie est donc à signaler.

Les antécédents pathologiques du malade ne nous ont paru, quand ils sont mentionnés, n'avoir qu'une importance peu évidente. Les maladies du parasite ou les maladies de son hôte susceptibles d'amener la mort de l'hydatide paraissent cependant jouer un rôle étiologique de première importance.

Presque tous les auteurs qui ont exprimé leur opinion à ce sujet estiment, en effet, que la mort du parasite précède sa calcification. Il se produirait ensuite ce qui arrive par exemple dans certaines grossesses ectopiques avec mort du fœtus, et l'imprégnation minérale succéderait à une nécrose aseptique.

Lagrot aurait cependant observé des nodules calcifiés au sein de kystes péritonéaux ne présentant pas l'aspect classique des kystes morts et il est regrettable que dans ce cas l'examen du liquide restant n'ait pas été pratiqué dans le but de savoir si les scolex présentaient leur aspect histologique normal et si leur inoculation était suivie de greffe.

La suppuration semble précéder parfois la calcification et l'observation de kyste pyogazeux calcifié due à

Duboucher paraît bien répondre à cette éventualité; sans aucun doute le kyste suppurait depuis un certain temps et la radiographie ne montrait encore qu'une mince ligne opaque limitant le contour de la collection. Il s'agit donc, en pareil cas, de l'emmurement progressif d'une véritable collection purulente.

Il est possible de concevoir, dans une infection atténuée, la crétification de l'abcès hydatique dans toute son étendue. Il suffit de supposer que la calcification ne vienne pas demblée fixer à tout jamais les limites de la poche. Celle-ci peut alors se rétracter; l'abcès se stérilise progressivement, son contenu s'épaissit, durcit, se crétifie.

Quant au processus intime de la calcification il ne semble pas, *a priori*, différent ici de ce qu'il est dans d'autres circonstances. Il est bien évident que les sels calciques et magnésiens arrivent à l'état de sels dissous organiques ou acides, ou bien encore à l'état de solution colloïdale. Ils trouvent dans le kyste les conditions physico-chimiques favorables à leur précipitation, conditions sur lesquelles nous ne sommes pas encore fixés de façon précise et dont la recherche nécessiterait des travaux particuliers.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les observations que nous avons réunies il est facile de voir que le kyste hydatique calcifié du foie ne se signale au clinicien par aucun signe particulier.

En effet la lithohydatide, toujours de faible volume, ne donne jamais de signe propre, et reste même totalement latente.

C'est la coexistence d'un kyste hydatique vivant, chimiquement appréciable (Cochez et Lagrot, Duboucher, etc...) d'une complication suppurative (Lejars, Duboucher, etc...) ou biliaire (Dialti) qui attire l'attention vers le foie. On est tout naturellement conduit à l'examen radioscopique pour vérifier ou parfaire le diagnostic et cet examen montre une tâche sombre dans l'air hépatique.

DIAGNOSTIC RADIOGRAPHIQUE

La radiographie est, en effet, le seul moyen d'investigation qui puisse, avec quelque précision, déceler la présence du kyste hydatique calcifié du foie.

Ce dernier est, après insufflation de l'intestin, facilement repéré sous écran radioscopique, puis définitivement fixé sur plaque à l'aide des puissantes ampoules dont nous disposons aujourd'hui.

Il y a quelques années les américains seuls, semblaient avoir le privilège de fixer ainsi avec facilité des images calcifiées (calculs du cholédoque, du rein ou de l'uretère). Cela s'expliquait par l'infériorité manifeste de nos appareils à ce moment.

Actuellement, la perfection de notre instrumentation nous permet d'obtenir, même pour les plus petites concrétions, des images excessivement nettes et lisibles par l'observateur le moins averti.

Les tumeurs calcifiées apparaissent dans le foie comme une tâche très sombre détachant leur silhouette sur le fond plus clair du parenchyme hépatique.

Les kystes se distinguent particulièrement par leur forme plus régulièrement arrondie et leur bords se découpant nettement, alors que les autres tumeurs ont des bords plus capricieux, des formes plus ou moins irrégulières et qu'enfin la teinte plus sombre du centre se confond graduellement avec l'ombre de l'organe sur laquelle elle apparaît. Au contraire, le centre est en général plus clair sur les kystes.

Cependant, il ne faut pas se hâter de conclure; le

radiographe, en effet, éprouve parfois de grandes difficultés dans l'interprétation des images car les différences que nous venons d'indiquer sont insuffisantes. En effet, dans l'examen radioscopique d'un sujet, si on peut apprécier approximativement la forme et le volume d'une tumeur, il est quelquefois impossible d'en indiquer la nature. Ainsi dans un cas de Cabannes, une tumeur d'apparence calcifiée, et en imposant à la radiographie pour un kyste, s'est révélée après laparotomie être un néoplasme hépatique calcifié.

Néoplasme Hépathique Calcifié
(Dr Cabannes)
(Cliché de M. Viallet)

Dans le cas qui nous occupe, le radiographe ne pourra nous donner bien souvent qu'une indication générale : tumeur calcifiée du foie. Est-ce un calcul des voies biliaires, un néoplasme ou même une cicatrice

ancienne d'abcès ? Il est parfois bien difficile de le dire à l'examen radiographique seul.

Nous avons pu reproduire à l'appui de nos observations et grâce à l'obligeance de M. le Docteur Viallet, d'excellentes radiographies dont l'une au moins (observation de néoplasme calcifié) donnera une idée de la difficulté du diagnostic différentiel au point de vue radiographique entre une tumeur néoplasique et un kyste hydatique calcifié du foie.

C'est ainsi que se trouve une fois de plus, vérifié ce principe essentiel qu'une étroite collaboration entre la radiographie et la clinique est nécessaire.

EVOLUTION
COMPLICATIONS
PRONOSTIC

Le Kyste Hydatique calcifié étant mort ou en voie de mortification et ayant une paroi résistante, ne présente plus aucun danger au point de vue parasitaire.

Il peut être toléré indéfiniment ainsi que le montrent de nombreux protocoles d'autopsie qui font mention de Kystes Hydatiques calcifiés du foie chez des sujets n'ayant aucun passé hépatique.

La masse crétifiée peut cependant, lorsque sa situation est parahilaire, comprimer les voies biliaires et donner l'ictère par rétention (Dialti); mas surtout, et le fait est capital, le Kyste calcifié forme corps étranger et peut, à ce titre, constituer un foyer d'appel pour les microbes, et la suppuration périkystique (Lejars) ou intra et périkystique (Duboucher) est la principale des complications du Kyste calcifié.

Lorsque la tumeur siège sur le dôme, immédiatement sous le diaphragme, cette suppuration intra-périkystique peut perforer celui-ci, s'ouvrir dans les bronches, conduire à la cachexie infectieuse, et vraisemblablement à la mort si une intervention ne vient pas modifier la situation. Si donc, nombre de lithohydatides représentent un mode de guérison spontanée des kystes hydatiques, d'autres sont la cause occasionnelle d'accidents infectieux locaux succédant à la fixation de microbes, venus des voies biliaires ou du sang.

Ces abcès péri ou intra-kystiques peuvent migrer et

ils présentent tous les caractères cliniques des abcès du foie. Il ne faut donc pas abandonner ces kystes hydatiques du foie calciliés à leur évolution spontanée et dans la période chirurgicale actuelle il faut en faire l'ablation.

——::——

TRAITEMENT

Le traitement chirurgical est, en effet, le seul traitement applicable. Il sera conforme aux règles actuelles de la chirurgie hépatique.

Les voies d'abord du kyste ne donnent lieu à aucune considération particulière.

L'ablation du kyste qui a toujours été pratiquée, a été plus ou moins aisée.

MM. Cabannes et Fenouillet, ayant à traiter un kyste sous hépatique adhérent et presque pédiculé, ont détruit les connexions aux organes voisins (côlon transverse) et fait une sorte de résection cunéiforme du pied d'implantation. Ils ont terminé par une suture hépatique en tous points semblable à celle que l'on pratique après toute résection cunéiforme du foie.

MM. Lejars, Cochez et Lagrot, Dialti, Duboucher ont fait une véritable énucléation du kyste. Facile dans le cas de Dialti et dans celui de Cochez et Lagrot, relativement aisée dans le cas de Lejars, cette opération fut assez difficultueuse chez le malade de Duboucher en raison de la profondeur du kyste sous le diaphragme.

Après avoir découvert le kyste par une incision classique, intra-adhérentielle, autant que possible, dans les kystes supurés, on procède à la séparation de la masse calcifiée et du parenchyme. L'adhérence entre les deux est intime et tout instrument trop mousse ou trop tranchant, courrait le risque de s'égarer dans la glande. Il faut de plus employer un instrument courbe qui puisse contourner facilement la face profonde de la masse à énucléer.

M. Cochez a employé la spatule, et cet instrument nous paraît particulièrement bien choisi. MM. Lejars et Duboucher ont employé la curette, qui munie d'un long manche, permet de travailler profondément.

Quel qu'il soit, l'instrument, demi-tranchant, raclera constamment la paroi crayeuse dont il ne perdra jamais le contact : ainsi, de proche en proche, et sans s'égarer dans le parenchyme, il libèrera le kyste sans donner lieu à aucune hémorragie ou cholerragie importante. L'ablation du kyste laisse forcément une cavité; il convient de la traiter. Le tamponnement, acceptable dans quelques cas particuliers, comme un simple pis aller, n'est très certainement pas la méthode de choix. Il faut tenter la suture, et, si la situation le permet, la suspension à la paroi sera une manœuvre de sécurité. La paroi sera complètement suturée; parfois un drain de sûreté sera utile pendant 48 heures.

Mais il ne peut plus en être ainsi quand le kyste est suppuré. Si l'ablation du kyste s'impose toujours la fermeture primitive n'est plus de mise. Pourra-t-on, parfois, marsupialiser la cavité hépatique ? cela paraît possible. Ses adhérences protectrices permettront-elles toujours d'amener le pus à l'extérieur sans danger pour la plèvre et le péritoine? Cela paraît improbable.

Il faut donc entrevoir le cas, difficultueux au possible, où le chirurgien aura à employer tous les moyens habituels pour protéger la plèvre et le péritoine avant d'ouvrir une collection hépatique tels que sutures sérieuses ou tamponnement serré en couronne.

Jusqu'ici l'ablation chirurgicale des kystes hydatiques du foie calciliés a été d'une bénignité remarquable. Obligatoire et urgente dans les kystes suppurés, elle a toujours conduit (Lejars, Duboucher) à une amélioration immédiate de l'état qui paraissait assez compromis ou même dans le cas de Duboucher, fortement compromis. Elle est susceptible de modifier totalement le pronostic.

Le résultat, moins évident lorsqu'il s'agit de kyste non suppuré, n'en est pas moins appréciable, puisque grâce à une opération bénigne, on supprime une cause possible d'accidents infectieux graves. Il semble donc que l'ablation soit recommandable dans tous les cas

CONCLUSIONS

1. — Les kystes hydatiques du foie calcifiés, restés longtemps du domaine de l'anatomie pathologique, sont désormais entrés dans celui de la clinique et de la thérapeutique chirurgicales. Leur étude doit constituer un petit paragraphe du grand chapitre des kystes hydatiques du foie.

2. — La calcification porte seulement sur le parasite; elle n'intéresse nullement le parenchyme hépatique. Elle est, en général, périphérique, et dans le centre de la tumeur on trouve une substance molle, pâteuse, liquide, renfermant des vésicules flétries, des scolex, des crochets de la cholestérine. Le contenu kystique peut être pyogazeux. Une suppuration périkystique ou intra-périkystique a été observée. Elle peut aboutir à une collection migratrice, qui, dans les cas de kyste supérieur vient s'ouvrir dans les bronches.

3. — La calcification semble suivre la mort du parasite et sa rétraction par résorption du liquide kystique. Les sels minéraux devenant plus concentrés précipiteraient, ou bien, arrivés sur le cadavre de l'hydatide à l'état de solutions acides ou de solutés colloïdaux, ils déposeraient par suite d'une simple réaction obéissant aux règles générales des précipitations chimiques ou physico-chimiques.

Peut-être la précipitation minérale débuterait-elle, parfois, au sein de vésicules filles, mortes ou en état de vie ralentie et maladive.

4. — La lithohydatide ne donne aucun signe cli-

nique propre. Elle est découverte au cours d'un examen radioscopique ou radiographique. C'est toujours la coexistence d'un kyste en évolution ou l'existence d'une complication infectieuse ou mécanique due au kyste calcifié, qui a attiré l'attention sur le foie.

L'image radiographique est caractéristique par son contour net, tracé au compas, la périphérie plus sombre, son centre plus clair.

5. — Nombre de kystes hydatiques du foie calcifiés restent latents pendant toute la vie et la calcification est certainement un mode de guérison du kyste.

Des complications septiques (suppuration intra et péri kystique) ou mécanique (compression des voies biliaires) sont cependant possibles.

6. — Nous ne croyons pas qu'il faille attendre ces complications pour traiter les kystes hydatiques du foie calcifiés car l'intervention sera bien plus facile et moins dangereuse si elle est exécutée avant leur apparition.

7. — Le traitement ne peut être que chirurgical. Il consistera dans l'ablation du kyste suivie de suture totale ou de drainage suivant les cas.

——::——

BIBLIOGRAPHIE

CHAUFFARD, LE JARS RONNEAUX et BRODIN — Diagnostic clinique et ablation opératoire d'un kyste hydatique calcifié du foie.

Buletin et Mémoires de l'Académie de Médecine (26 *octobre* 1920).

L. COCHEZ et LAGROT — Kyste Hydatique calcifié du foie.

Société d'Anatomie de Paris — Mai-juin 1922.

J. CRUVEILHIER — *Traité d'Anatomie Pathologique générale* 1856.

C. DAVAINE — *Traité des Entozoaires.* 1877.

C. DAVAINE — Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le coenure et sur leur développement.

Mémoires de la Société de Biologie. — 2e série — 1855 — T. II.

DELBET — Kyste Hydatique du foie.

Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. T. XXVI — 1901.

DEVE F. — *Nouveau traité de Médecine (Roger-Widal et Teissier)*

FOLLIN et DUPLAY — *Traité de Pathologie Externe. T. I et V.*

O. FINZI (Pise) — L'Ictère par compression dans les Kystes Hydatiques du foie (Observation de Dialti).

La Riforma Medica. T. XXX N° 21 — 23 Mai 1914.

LAËNNEC — Mémoire sur les vers et principalement ceux qui se trouvent dans le corps humain.

Mémoires de la Société de Médecine établie au sein de la Faculté — 1804.

Lan Kachevitch — Sur la calcification des Echinocoques.

Société de chirurgie de Moscou — 19 octobre 1910. (Chirourguitchesky Archiv Veliaminova T. XXVII N° 2, 1911).

Raffi — *Thèse de Paris — 1891.*

Risei — Atrophie considérable du lobe droit du foie par deux poches d'échinocoques calcifiées ; hypertrophie compensatrice énorme du lobe gauche.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift, T. XXXVIII N° 45, 7 novembre 1912).

Brun et Lauriol — L'Echinococcose dans le milieu indigène en Tunisie (statistique de l'Hôpital Sadiki).

Revue Tunisienne des Sciences Médicales, octobre 1922.

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr VINCENT.

Vu :

Le Doyen,

J. HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, 6 mars 1923

P. le Recteur en Mission :

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger, délégué.

J. HÉRAIL.